

**MANUELA ALEXANDRE**

**FATORES ASSOCIADOS À INICIAÇÃO, ADIÇÃO E  
CESSAÇÃO DO HÁBITO TABÁGICO EM FUNCIONÁRIOS  
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL.**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina como requisito  
para a conclusão do Curso de Graduação  
em Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2011**

**MANUELA ALEXANDRE**

**FATORES ASSOCIADOS À INICIAÇÃO, ADIÇÃO E  
CESSAÇÃO DO HÁBITO TABÁGICO EM FUNCIONÁRIOS  
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL.**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina como requisito  
para a conclusão do Curso de Graduação  
em Medicina.**

**Coordenador do Curso: Prof. Dr. Carlos Eduardo Pinheiro**

**Professora Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leila John Marques Steidle**

**Professora Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariângela Pimentel Pincelli**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2011**

*“E nem entendo aquilo que entendo:  
pois estou infinitamente maior que eu mesma,  
e não me alcanço.”*

Clarice Lispector

*“Caminhante, não há caminho,  
O caminho se faz ao caminhar,  
Caminhante, não há caminho,  
Há apenas um rastro de espuma no mar.”*

Antonio Machado

*Para minha avó querida,  
que ainda reza por mim,  
de seu lugar entre anjos e luzes;  
Para meus pais, que me ensinaram  
a acreditar que não há nada mais natural  
do que a realização de um sonho.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **José Wilson** e **Irene**, por todo o apoio e generosidade. Por sempre prezarem a liberdade e independência, estimularem o raciocínio e me ensinarem a realizar escolhas conscientes, a priorizar de forma prática as diversas coisas da vida e a enxergar que, na maioria das vezes, as variáveis não são mutuamente excludentes. Agradeço também, por me emprestarem sua cama tão reconfortante nas não raras vezes em que me sentia sem forças e sozinha.

Ao **Diogo**, companheiro compreensivo de semanas sem dias, por todos os filmes, jantares, cafés da manhã, cineminhas fora de hora, viagens, risadas, enfim, pelos últimos quatro anos de dedicação e carinho. Também agradeço à sua mãe, **Conceição**, por sempre me receber tão bem, pelos conselhos e massagens que recebi nos últimos anos.

Às minhas irmãs, **Aline** e **Juliana**, por me tornarem mais elegante, com todas as roupas e acessórios gentilmente doados nos anos de dureza e por serem exemplares irmãs mais velhas: lindas, preocupadas, parceiras, sorridentes e generosas. Agradeço também aos seus companheiros de vida, **Ricardo** e **Gerson** por tornarem suas vidas mais felizes, e também por serem divertidos e ótimas companhias nos almoços de família.

À **Ju** e ao **Ricardo**, especialmente, agradeço também pelos meus sobrinhos, **João Paulo** e **Ana Beatriz**, por me lembrarem do que realmente importa na vida. E também por me emprestarem seu pouco tempo para esquadrihar tão gentilmente o presente trabalho à procura de erros.

À **Benedita**, por cuidar tão bem dos meus pais. Também por sempre deixar a casa farta com os almoços mais caprichados do mundo, os deliciosos bolos, tortas, sobremesas e até mesmo com aquela sopa diferente que minha mãe adora.

Às amigas **Greice** e **Martina**, por tantas coisas que não caberiam em tão poucas linhas, mas principalmente por compartilharem comigo os melhores e piores dias dos últimos anos, os melhores cafés, as mais divertidas conversas, e por me ajudarem a crescer, a me tornar mais responsável e serena.

Ao trio que completa nosso sexteto, **Rodrigo, Ricardo R. e João F.** por tolerarem de forma tranqüila todas as “feminilidades” do nosso trio, e por tornarem cada estágio partilhado mais rico e divertido.

À **Nicole**, amiga desde o começo da faculdade e colega de pesquisa, pela companhia fácil e prazerosa em uma infinidade de programas, desde viagens a almoços, jantares, cafés, praias, academias e dietas.

À **Rafaella**, também colega de pesquisa e amiga, pela ajuda valiosa no trabalho, pelos ensinamentos e pelos vários momentos de diversão.

Às Tchucas **Greice, Martina, Laura, Vanessinha, Rebeca, Alessandra, Rafaella, Nicole, Duda, Dani, Isabel, Fernanda e Nayara**, pela parceria nesses anos todos, por todas as gargalhadas e festas feitas, por todas as coreografias peculiares e principalmente, por serem exatamente do jeito que são.

Às professoras **Leila e Mariângela**, por toda a atenção e carinho recebidos, além das várias horas de dedicação semanal, paciência infinita e muita vontade de ensinar. Por me guiarem de forma sábia e tranqüila por esses meses de TCC.

## RESUMO

**Introdução:** Trabalhadores da área da saúde sofrem pela epidemia de tabaco e merecem uma abordagem apropriada para cessação, que pode ser acessada por investigação das características do tabagismo e razões de fumar, visto que são pessoas, em sua maioria, esclarecidas dos malefícios.

**Objetivos:** Avaliar fatores associados à iniciação, adição e cessação ao tabagismo, além de razões para fumar dos trabalhadores do HU-UFSC.

**Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo transversal no qual foram entrevistados funcionários do HU-UFSC, selecionados de forma aleatória. Dados relacionados ao tabagismo foram avaliados e a Escala de Razões para Fumar Modificada foi aplicada. Foi realizada análise descritiva dos resultados.

**Resultados:** Foram entrevistados 292 funcionários: 44 eram tabagistas (15,1%); 55 ex-tabagistas (18,8%); 193 não tabagistas (66,1%). Os tabagistas tinham em média  $43,1 \pm 9$  anos e 65,4% eram do sexo feminino. A mediana da idade de início foi de 18,4 anos por influência de amigos, a carga tabágica média foi de 12,6 anos-maço, com baixa dependência. A maioria já havia tentado cessar e 79,6% gostariam de cessar atualmente. A principal razão para cessar é preocupação com saúde. A maior razão para fumar é “Fumar dá prazer e é relaxante”. Maiores graus de dependência estão associados aos domínios “Dependência” e “Prazer de fumar”.

**Conclusões:** A principal razão para iniciar foi influência de amigos, a de fumar foi “Fumar dá prazer e é Relaxante” e a de cessar foi “Preocupação com a saúde”. A população encontrada possui baixo grau de dependência, e está motivada a cessar o tabagismo.

## ABSTRACT

**Background:** Health care workers also suffer from the tobacco epidemic and deserve an appropriate approach to cessation, and a deeper investigation, seldom performed, about their reasons for smoking, because they're people, mostly aware of its harm.

**Objectives:** To assess related factors to smoking like: initiation, addition and cessation and also to investigate the major reasons for smoking among workers in this University Hospital (HU-UFSC)

**Methods:** This is a cross-sectional study, where health care workers were randomly selected and interviewed. Data related to smoking were assessed and the Modified Reasons for Smoking Scale was applied. A descriptive analysis of the results was performed.

**Results:** We interviewed 292 employees, 44 of them were smokers (15,1%), 55 former smokers (18,8%), 193 nonsmokers (66,1%). Smokers had a mean age of  $43,1 \pm 9$  years old and 65,4% were female. The median age of tobacco onset was 18,4 years, for friend's influence. The average time of tobacco exposure was 12,6 pack-years, with low nicotine dependence. Most had tried to quit before and 79.6% would like to quit now. The main reason for quitting is concern about health. The biggest reason for smoking is "Smoking is pleasurable and relaxing". Higher degrees of addiction were associated with domains "Addiction" and "Pleasure".

**Conclusions:** The main reason for starting to smoke was friend's influence, for smoke was "Smoking is pleasurable and Relaxing" and for quit smoking was "Concern about health". Among the smokers, a low nicotine dependence and high degree of motivation to quit were found.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Principais influências no início do hábito tabágico, em fumantes e ex-fumantes...	12
<b>Figura 2</b> – Principais gatilhos para fumar no cotidiano .....	13
<b>Figura 3</b> – Principais recursos utilizados para deixar de fumar .....	14
<b>Figura 4</b> – Média dos escores na ERPFM, por questão, em ordem decrescente .....	16
<b>Figura 5</b> – Média dos escores da ERPFM, por domínio, em ordem decrescente .....	17

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Características gerais de todos os funcionários entrevistados .....	10
<b>Tabela 2</b> – Características gerais da população estudada, por hábito tabágico .....	11
<b>Tabela 3</b> – Características da adição ao cigarro em tabagistas e ex-tabagistas .....	12
<b>Tabela 4</b> – Características relacionadas à cessação .....	14
<b>Tabela 5</b> – Razões para deixar de fumar, entre tabagistas e ex-tabagistas .....	15
<b>Tabela 6</b> – Dificuldades na cessação, entre tabagistas e ex-tabagistas .....	16
<b>Tabela 7</b> – Associação entre grau de dependência e média por domínio na ERPFM .....	17

## LISTA DE ABREVIATURAS

CEPSH	Comissão de ética em pesquisas com seres humanos
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
ERPFM	Escala de Razões para Fumar Modificada
HU-UFSC	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago;
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio;
INCA	Instituto Nacional do Câncer;
IQR	Intervalo Interquartilico 25-75%
GATS	Global Adult Tobacco Survey
NA	Não se aplica
OMS	Organização Mundial de Saúde;
PETab	Pesquisa Especial de Tabagismo;
PrevFumo	Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas

## SUMÁRIO

<b>FALSA FOLHA DE ROSTO.....</b>	<b>i</b>
<b>FOLHA DE ROSTO.....</b>	<b>ii</b>
<b>EPÍGRAFE.....</b>	<b>iii</b>
<b>DEDICATÓRIA.....</b>	<b>iv</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>v</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>viii</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>ix</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>xi</b>
<b>SUMÁRIO .....</b>	<b>xii</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	5
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>6</b>
3.1 Caracterização do estudo .....	6
3.2 Critérios de inclusão .....	6
3.3 Critérios de exclusão.....	6
3.4 Instrumentação e coleta de dados .....	6
3.5 Análise dos dados .....	8
3.6 Aspectos éticos da pesquisa .....	9
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>10</b>
4.1 Dados Demográficos, Socioeconômicos e relacionados ao hábito tabágico .....	10
4.2 Dados específicos do hábito tabágico .....	11
4.2.1 Iniciação.....	11
4.2.2 Adição .....	12
4.2.3 Cessação.....	13
4.2.4 Escala de Razões pra Fumar Modificada (ERPFM) .....	16
4.2.5 Escala por Domínios .....	17

<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>6 CONCLUSÕES .....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>26</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>29</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>30</b>
<b>NORMAS ADOTADAS .....</b>	<b>31</b>
<b>Ficha de avaliação .....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo Aristóteles, *o homem é um ser social, o que vive isolado, sempre, é um Deus ou uma besta*.<sup>1</sup> O respeitado antropologista britânico Sir Edward B. Tylor, no seu livro *The Origins of Culture*, criou a primeira definição clara e até hoje utilizada de cultura como um complexo “todo” que envolve conhecimento, crenças, arte, moralidade, leis, costumes e quaisquer outras capacidades e habilidades adquiridas pelo homem como membro da sociedade. Sendo assim, o que se aprende como usual, bonito, correto, saudável, é definido a partir de conceitos estabelecidos pela sociedade da qual fazemos parte.<sup>2</sup> O tabaco, de acordo com Gately, estudioso de sua história, já há muitos milhares de anos, fazia parte da engrenagem social de diversas civilizações, como componente social, religioso e, curiosamente, medicinal. Entre os povos americanos, antes da chegada de Cristóvão Colombo, o tabaco era usado como antimicrobiano, herbicida, calmante, incenso, afrodisíaco, em diversas apresentações e fórmulas.<sup>3</sup>

Os primeiros europeus a fumarem foram os integrantes da tripulação de Cristóvão Colombo, na sua chegada em Cuba, no ano de 1492. Nesta época, o tabaco foi descrito pelos europeus como algo malévolos e prejudicial, embora nenhuma das duas características pareça ter dificultado sua disseminação. Foi trazido à Espanha e cultivado nos palácios dos nobres, por conta de suas então conhecidas propriedades medicinais. Chegou à corte de Elisabeth I, rainha que adotou o hábito tabágico e disseminou o tabagismo entre aqueles da corte inglesa que possuíssem “xelins” suficientes para pagar pelo nobre vício. Com a colonização européia dos outros continentes, o cigarro foi conhecido em todo o mundo. Graças à revolução industrial, que deu à luz a indústria moderna do tabaco<sup>4</sup> e ao nascimento da mídia, que veiculava suas bem pensadas propagandas, o hábito tabágico tornou-se uma epidemia.<sup>5</sup>

Há outra substância largamente utilizada pelo homem no passado, intensamente prejudicial à saúde, semelhantemente ao tabaco: o asbesto. Assim como ocorreu com a indústria do cigarro nas últimas décadas, a indústria de asbesto tentou insistentemente desacreditar a evidência de que seu produto causasse câncer de pulmão. O rumo das coisas com o asbesto, felizmente, foi mais promissor. Em cerca de 40 anos, desde a comprovação de sua relação causal com neoplasias, leis rigorosas passaram a regulamentar finamente seu uso, mesmo em países em desenvolvimento. Até o momento, a indústria do tabaco tem conseguido influenciar mais eficientemente o processo político, lentificando a regulamentação do uso desta substância.<sup>4</sup>

Neste momento, uma pergunta crucial seria o porquê de o cigarro ser tão condenado. Desde 1961, um estudo prospectivo com 34439 médicos britânicos do sexo masculino vem sendo realizado na Inglaterra. Seu objetivo é avaliar o hábito de fumar e correlacioná-lo com morbidades e causas de mortalidade entre seus participantes. Em 50 anos de seguimento, observou-se, sem surpresas, que o surgimento de câncer de pulmão e de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) estava intimamente ligado à duração e à intensidade do ato de fumar, constituindo causas de morte importantes entre os fumantes. Este mesmo estudo também concluiu que os homens participantes, nascidos entre 1900 e 1930, que continuaram fumando, perderam cerca de 10 anos de vida em comparação com os não fumantes. Já os que cessaram nas idades de 60, 50, 40 ou 30 tiveram respectivamente 3, 6, 9 ou 10 anos a mais em sua expectativa de vida, quando comparados aos que não pararam de fumar. Este importante estudo, sozinho, já tem potencial de convencimento de que investir na cessação do tabagismo vale a pena.<sup>6</sup>

Outro estudo muito interessante, de coorte, realizado na Noruega, questionou 24205 mulheres e 25034 homens, moradores de determinada região, com idades entre 35 e 49 anos, sobre seus hábitos tabágicos, no período de 1974 a 1978. Foram investigadas as causas de mortalidade no grupo, acompanhado nos 25 anos subsequentes. Concluiu-se, pelos dados encontrados, que fumar reduz de maneira importante a chance de sobrevivência do indivíduo na faixa etária de 40 a 70 anos, e que na mulher esse efeito é menos importante. Percebeu-se, também, que o benefício, em anos de vida, entre os que largam o cigarro é maior quanto mais precoce a cessação. Observa-se ainda benefício importante, mesmo em idades mais avançadas.<sup>7</sup>

Segundo o Relatório da OMS sobre a Epidemia do Tabaco, publicado em 2009, o tabagismo é a principal causa de morte passível de prevenção no mundo, matando mais de 5 milhões de pessoas por ano. Além disso, o vício foi responsabilizado por desabilitar outros milhares de pessoas para o trabalho, em seus anos mais produtivos, diminuindo a renda das famílias e aumentando o custo com a saúde.<sup>8</sup> As mulheres têm recebido enfoque especial na questão do tabagismo, pois compõem um grupo que historicamente fuma menos do que os homens, com uma prevalência cerca de 30% menor do que a prevalência masculina, segundo a OMS. Por conta disso, tornaram-se um grupo promissor para as investidas da indústria tabágica e focos de atenção para a propaganda a favor do cigarro, o que pode ser responsável por um aumento do uso dessa substância, nesse grupo.<sup>9</sup>

No Brasil, há uma diminuição importante da prevalência de tabagismo entre adultos residentes em áreas urbanas. Atualmente, observa-se uma prevalência média de fumantes

ativos de 16,1%,<sup>10</sup> o que mostra que as medidas do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo têm sido efetivas. Ainda assim, foi observada uma prevalência de tabagismo crescente entre as mulheres de 18 a 54 anos de idade, conforme o avanço da faixa etária. Este mesmo estudo também mostrou uma frequência quase dobrada de tabagismo entre homens com até 8 anos de escolaridade, em relação à observada entre os de maior escolaridade.<sup>10</sup> Logicamente, ao desenvolver políticas contra o hábito tabágico, torna-se necessário conhecer as principais razões que levam ao ato de fumar, de forma a poder atuar mais eficientemente na prevenção e na cessação da adição ao tabaco.

O primeiro autor a criar uma teoria que explicasse porque o ser humano fuma foi Tomkins, em 1966.<sup>11</sup> Ele acreditava que havia 4 principais motivos para o tabagismo: para reforçar emoções positivas, para reduzir emoções negativas, por hábito ou por vício. Mais tarde, baseados nessas razões principais, Horn & Waingrow criaram uma escala com 23 questões chamada de Escala de Razões para Fumar. Nesta escala, haviam questões divididas em 6 domínios que abordavam: manuseio, prazer, automatismo, estimulação, diminuição de tensão/relaxamento e vício.<sup>12</sup> Esta escala foi validada e considerada adequada quanto às suas propriedades psicométricas, e assim pode ser usada para identificar e comparar as principais causas de tabagismos entre diversos grupos.

Mais tarde, Russell *et al* (1974) ampliaram essa escala, adicionando questões relacionadas ao tabagismo social e dando origem à atual Escala de Razões para Fumar Modificada.<sup>13</sup> Esse instrumento, utilizado em estudos mais recentes, mostrou-se também útil como um preditor de sucesso na cessação do tabagismo, pois escores mais altos no domínio de automatismo e consumo de maior número de cigarros por dia foram associados a pior desempenho nas tentativas de interrupção do hábito tabágico.<sup>14</sup> Anos após, essa escala foi traduzida para o português por um grupo multidisciplinar composto por dois pneumologistas, um psiquiatra e um psicólogo, testada e validada, o que tornou possível seu uso em estudos nacionais sobre tabagismo. Esta escala possui potencial de utilidade na prática clínica e também na criação de políticas públicas para cessação, por ressaltar as principais motivações que levam os indivíduos a fumarem.<sup>15</sup>

Em fevereiro de 2007, foi lançada “The Global Adult Tobacco Survey (GATS)”,<sup>16</sup> rebatizada no Brasil como Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab, pelo INCA. É constituída por um questionário padronizado utilizado em 14 países, com o objetivo de atualizar os dados a respeito do tabagismo. Dentro desse questionário, há uma seção que destaca os fatores associados à cessação e que aborda tentativas prévias de parar de fumar, razões pelas quais elas falharam ou obtiveram sucesso e fatores de motivação para cessação.



Assim, esta importante iniciativa avalia, também, a eficácia das estratégias antitabágicas nestes países. No sul do Brasil, segundo o PETab, a prevalência de tabagismo entre as mulheres é a maior do país, de 15,9% e vem crescendo. Este mesmo estudo também mostra que o número de jovens de 15 a 24 anos com grau de dependência elevado ou muito elevado, pelo teste de Fargeström, é muito maior no sul do país do que em outras regiões. Essas informações preocupantes mostram a necessidade de estudos sobre tabagismo e políticas públicas de cessação nesta região.

Alguns estudos já foram realizados entre funcionários da saúde, para determinar a prevalência de fumantes nesta classe de profissionais, e as razões principais que os levam a fumar. Um estudo transversal, analítico, realizado em 2005, no Distrito Federal, recolheu 830 questionários devidamente respondidos por uma população de médicos e encontrou uma prevalência de 7,2% de fumantes, com o detalhe que entre os médicos com idade de 30 a 60 anos, a prevalência de fumantes era de 22,7%. Neste estudo, também foi observado que 76,2% dos fumantes acreditavam ser capazes de cessar o hábito tabágico, o que sugere uma subestimação quanto à dependência nicotínica, por parte dos médicos.<sup>17</sup>

No Japão, realizou-se um estudo avaliando o tabagismo entre estudantes de enfermagem e enfermeiras de um hospital escola. Entre os estudantes participantes, a prevalência geral de tabagismo foi de 6,2%, enquanto que nos estudantes do último ano, esta era de 8,8%. Entre os enfermeiros, a prevalência era de 16%, sendo a prevalência maior entre os que trabalhavam há mais anos no hospital. Também foi observado que quase metade dos tabagistas participantes se tornou tabagista durante o ensino médio.<sup>18</sup>

A partir destes estudos, fica claro que os profissionais da saúde também sofrem da doença tabagismo, apesar de serem tão familiarizados com seus malefícios, e de serem responsáveis por prevenir e tratar doenças e que, para tanto, aconselham freqüentemente seus pacientes a cessarem o tabagismo.

Atualmente muito se fala de ambientes livres de tabaco, algo que o hospital por sua própria natureza deveria ser. Poucos estudos, no entanto, focalizam o tabagismo entre profissionais da saúde, considerando as suas motivações para iniciar e manter o hábito, suas razões para deixar de fumar e as dificuldades encontradas nas tentativas de cessação. Este conhecimento é de suma importância para entender o tabagismo neste grupo e ajudá-los a seguir as orientações que freqüentemente dão a outros.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

Investigar os fatores relacionados à iniciação, adição e cessação do hábito tabágico dos funcionários tabagistas e ex-tabagistas do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

### **2.2 Objetivo Específico:**

1. Investigar os fatores associados à iniciação do hábito tabágico, considerando idade de início, motivo pelo qual iniciou o tabagismo.
2. Avaliar fatores associados à adição nicotínica como: a carga tabágica, os “gatilhos” para o ato tabágico e o grau de dependência.
3. Avaliar as razões para fumar dos tabagistas, através da Escala de Razões para Fumar Modificada.<sup>15</sup>
4. Avaliar os fatores relacionados à cessação de acordo com: as tentativas prévias, os recursos utilizados, os possíveis motivos para cessar e a classificação do estado transteórico motivacional, segundo Prochaska e Di Clemente.<sup>19</sup>
5. Comparar os motivos para deixar de fumar entre funcionários tabagistas e ex-tabagistas.
6. Analisar as razões para fumar da escala Razões para Fumar Modificadas em função do grau de dependência obtido pelo teste de Fagerström.<sup>20</sup>

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Caracterização do Estudo:**

Foi realizado um estudo observacional com delineamento transversal por amostragem. A população estudada foi composta por funcionários do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

#### **3.2 Campo de Pesquisa e População Estudada:**

De acordo com informações do departamento de Recursos Humanos da instituição, cerca de 1500 funcionários estavam vinculados oficialmente ao HU, em 2009. Neste hospital trabalham funcionários concursados e terceirizados, que atuam em diversas áreas de atenção à saúde e em setores administrativos. Uma amostra de 282 funcionários foi calculada como satisfatória para detectar a prevalência de tabagismo, estimada em 17%,<sup>21</sup> nesta população. Assim, para a seleção da amostra, foi realizado um sorteio de 500 funcionários divididos proporcionalmente nos diversos setores (1:3), a partir de uma lista fornecida pelo departamento de recursos humanos. Desta forma uma amostragem sistemática aleatória foi realizada, com valor acima do estimado para contrabalançar as perdas, como representante da população de funcionários do HU.

#### **3.3 Critérios de Inclusão:**

Foram incluídos os funcionários que estavam regularmente trabalhando no HU-UFSC; que estivessem dispostos a participar da pesquisa, respondessem corretamente ao questionário e assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE - APÊNDICE A).

#### **3.4 Critérios de Exclusão:**

Foram excluídos da amostragem os funcionários não encontrados para aplicação do questionário, após a terceira visita aos seus postos de trabalho; os que se negaram a participar, os que foram demitidos, transferidos para outros setores da UFSC, aposentados, afastados ou falecidos.

#### **3.5 Instrumentação e Coleta de Dados:**

A entrevista foi realizada após explicação detalhada do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os funcionários foram entrevistados em momento

adequado, sem prejuízo do trabalho, com a garantia da manutenção de sigilo acerca de todas as informações.

O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário composto de perguntas fechadas organizadas em sessões discriminadas, detalhadas abaixo (ANEXO 1). Os indivíduos fumantes e ex-fumantes responderam a questões que avaliaram características demográficas, socioeconômicas, ligadas ao tabagismo e aos fatores associados à adição e cessação. Os não fumantes encontrados responderam apenas às questões demográficas e socioeconômicas, e às relativas ao comportamento tabágico, quando pertinente.

1- Como variáveis demográficas e socioeconômicas investigaram-se idade, sexo, escolaridade e renda familiar.

2- A classificação do tabagismo foi realizada segundo os critérios da OMS, que considera não fumantes, fumantes ou ex-fumantes da seguinte maneira: fumante o consumidor de, pelo menos, um cigarro diário por período não inferior a um mês ou aquele que cessou o hábito de fumar há menos de um mês; ex-fumante como o indivíduo que, uma vez fumante, abandonou o cigarro por um espaço de tempo superior a um mês; não fumante como indivíduo que nunca fumou, ou que fumou em circunstâncias que não o enquadram em nenhum dos grupos anteriores.

3- Como fatores associados à iniciação do hábito de fumar consideraram-se: idade de início, motivo de início.

4- Como fatores associados à adição avaliaram-se a quantidade de cigarros consumidos por dia, a carga tabágica, o tempo de exposição ao tabaco, o grau de dependência, os gatilhos mais considerados como desencadeares do ato de fumar e as razões para fumar. Para aferir a carga tabágica foi calculado o produto entre o número de maços de cigarros fumados por dia e o tempo de fumo, em anos. O grau de dependência à nicotina foi inferido através do Teste de Fagerström<sup>20</sup>, que consiste em seis perguntas relacionadas ao hábito de fumar, consolidadas em escores que permitem classificar os graus de dependência: escores iguais ou menores que um correspondem a muito baixo grau de dependência, escores entre 2 e 4 significam baixo grau, entre 5 e 7 a médio grau e de 8 a 10 demonstram alto grau de dependência. Os gatilhos para fumar foram avaliados através de situações do cotidiano expostas no questionário e classificadas pelo participante como desencadeantes ou não do ato de fumar. As razões para fumar foram avaliadas através da Escala de Razões Para Fumar Modificada (ERPFM), que é uma escala traduzida para o português e devidamente validada para uso no Brasil.<sup>15</sup> Esta escala apresenta 21 questões; cada uma delas propõe um motivo que deve ser classificado pelo entrevistado com valores de 1 a 5, conforme a relação com o

seu hábito de fumar, sendo que 1 significa nunca associado ao seu hábito e 5 representa que sempre está associado ao seu hábito de fumar. As questões foram, então, separadas em domínios, conforme suas características fatoriais<sup>22</sup> da seguinte maneira: as questões 5 e 19 da ERPFM determinam o domínio “Dependência”; as questões 1, 8 e 15, o domínio “Estimulação”; as questões 3 e 10, o domínio “prazer de fumar”, as questões 2 e 9, o “Manuseio”, as questões 7 e 14, “Relaxamento” e as questões 6, 13 e 20, o domínio “Automatismo”. As médias aritméticas das respostas foram calculadas, primeiramente, por questão e, após, por domínios.

5- Entre os fatores associados à cessação analisou-se o número de tentativas prévias de parar de fumar; quais recursos foram utilizados nestas tentativas; as possíveis razões para cessar e os fatores considerados dificultadores da cessação. Classificou-se o estado motivacional, segundo a escala de Prochaska e Di Clemente,<sup>19</sup> em pré-contemplação: o paciente não pretende parar de fumar; contemplação: pretende parar de fumar; preparação: pretende parar de fumar e tomou alguma atitude frente à cessação tabágica; ação: indivíduo parou de fumar; manutenção: o indivíduo parou de fumar e mantém-se vigilante para evitar a recaída.

### 3.6 Análise dos Dados:

Os dados foram digitados e analisados com o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17. Os dados dos fumantes e ex-fumantes foram digitados em dois bancos com o objetivo de minimizar erros de digitação. As variáveis contínuas foram submetidas ao teste de Kolmogorov-Smirnov, para determinação de suas distribuições. As variáveis contínuas normais estão expressas através de média e desvio-padrão, enquanto as variáveis contínuas não-normais estão apresentadas sob a forma de mediana e intervalo interquartil 25-75% (IQR 25-75). As variáveis categóricas foram analisadas através dos testes de qui-quadrado, enquanto que as variáveis contínuas foram analisadas através dos testes t de Student e Mann-Whitney, de acordo com suas características de normalidade. Foi considerado o valor de  $p < 0,05$  para significância estatística.

Foi realizada uma análise descritiva das características ligadas ao tabagismo atual e progresso. Os escores médios por domínios da ERPFM foram comparados em função dos diferentes graus de dependência obtidos pelo Teste de Fagerström, através do teste de Kruskal-Wallis.

### **3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa:**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina em 30/11/2009, sob o parecer de número 488/09 (Apêndice B).

A todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa; e todos eles assinaram o TCLE. A pesquisa foi realizada respeitando as normas de pesquisa em seres humanos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Dados Demográficos, Socioeconômicos e fatores relacionados ao hábito tabágico:

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2009 a abril de 2011. Foram sorteados 560 indivíduos de diversos setores e ocupações para participar do estudo. Após 3 tentativas da realização da entrevista, 264 não responderam pelas seguintes razões: não encontrados no seu setor, afastamento para perícia, transferência para outro local, demissão, aposentadoria ou morte. Cinco indivíduos negaram-se a responder. Assim, 292 pessoas responderam ao questionário.

Na população estudada, observou-se uma média de idade de 42 anos, a maioria era feminina (66,4%), e a união estável/estado matrimonial<sup>(1)</sup> era o estado civil mais prevalente (61,6%). Quanto à escolaridade, mais da metade dos participantes possuíam ensino superior, completo ou incompleto, ou pós-graduação. A mediana da renda familiar era de nove salários mínimos. A prevalência de tabagismo foi de 15,1%, nesta população. (Tabela 1)

**Tabela 1** – Características gerais de todos os funcionários entrevistados

	Total (n = 292)
<b>Idade (anos)</b>	
Média $\pm$ desvio padrão	42,4 $\pm$ 10,1
<b>Sexo (M/F)</b>	
Masculino	98 (33,6)
Feminino	194 (66,4)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro	71(24,3)
Casado/cohab	180(61,6)
Viúvo/Divorciado	41 (14,0)
<b>Escolaridade*</b>	
Analfabeto/EFI	17 (5,8)
FC	14 (4,8)
EMC	105 (36,0)
ESI	24 (8,2)
ESC	99 (33,9)
PG	33 (11,3)
<b>Renda familiar†</b>	
Mediana (IQR 25-75)	9 (6 – 15)
<b>Tabagismo</b>	
Não fumantes	193 (66,1)
Ex-fumantes	55 (18,8)
Fumantes	44 (15,1)

Resultados, quando não especificados, expressos em “número absoluto (porcentual)”; \* EFI (ensino fundamental incompleto), EFC (ensino fundamental completo), EMC (ensino médio completo), ESI (ensino superior incompleto), ESC (ensino superior completo), PG (pós-graduado); †Em salários mínimos.

<sup>(1)</sup>No presente estudo, indivíduos em união estável foram computados conjuntamente com indivíduos casados; da mesma forma que viúvos, separados e divorciados compuseram um mesmo agrupamento de pessoas.

Ao comparar os participantes dividindo-os em grupos de acordo com seu hábito tabágico, como na tabela 2, observou-se que os ex-tabagistas eram mais velhos, com uma média de idade de 48 anos. Em todos os grupos, predominou a população feminina, sem diferença estatística entre eles. A prevalência de tabagismo entre os solteiros, divorciados, separados ou viúvos foi significativamente maior do que naqueles em união estável (casados, amasiados), nos quais a prevalência de tabagismo foi de apenas 9,44%.

A prevalência de tabagismo entre pessoas de menor escolaridade era significativamente maior do que entre os que completaram o ensino médio, o ensino superior ou a pós-graduação. Nas pessoas com ensino superior completo (com ou sem pós-graduação), a prevalência de tabagismo foi de 7,5%. Em relação ao nível socioeconômico, foi observado que os não tabagistas possuíam renda familiar mensal superior àquela dos tabagistas prévios e atuais. (Tabela 2)

**Tabela 2 – Características gerais da população estudada, por hábito tabágico**

	Não tabagistas (n = 193)	Tabagistas (n = 44)	Ex Tabagistas (n = 55)	Valor de p
<b>Idade (anos)</b>				<0,001
Média ± desvio-padrão	40,7 ± 10,3	43,1 ± 9,0	48,1 ± 8,2	
<b>Sexo</b>				0,185
Masculino	66 (67,3)	10 (10,2)	22 (22,4)	
Feminino	127 (65,5)	34 (17,5)	33 (17,0)	
<b>Estado Civil</b>				<0,001
Solteiro	47 (66,2)	15 (21,13)	9 (12,68)	
Casado/co-habita/outros	131 (72,7)	17 (9,44)	32 (17,7)	
Viúvo/divorciado	15 (36,3)	12(29,2)	14 (34,1)	
<b>Escolaridade*</b>				0,010
Analfabeto/EFI	6 (35,3)	6 (35,3)	5 (29,4)	
EFC	8 (57,1)	3 (21,4)	3 (21,4)	
EMC	60 (57,1)	20 (19,0)	25 (23,8)	
ESI	17 (70,8)	5 (20,8)	2 (8,3)	
ESC	75 (75,8)	8 (8,1)	16 (16,2)	
PG	27 (81,8)	2(6,1)	4 (12,1)	
<b>Renda familiar mensal</b>				0,015
Mediana (IQR 25-75)	10 (6-18,5)	7 (5-10)	8 (5-12)	

Resultados, quando não especificados, expressos em “número absoluto (porcentual); \* EFI (ensino fundamental incompleto), EFC (ensino fundamental completo), EMC (ensino médio completo), ESI (ensino superior incompleto), ESC (ensino superior completo), PG (pós-graduado).

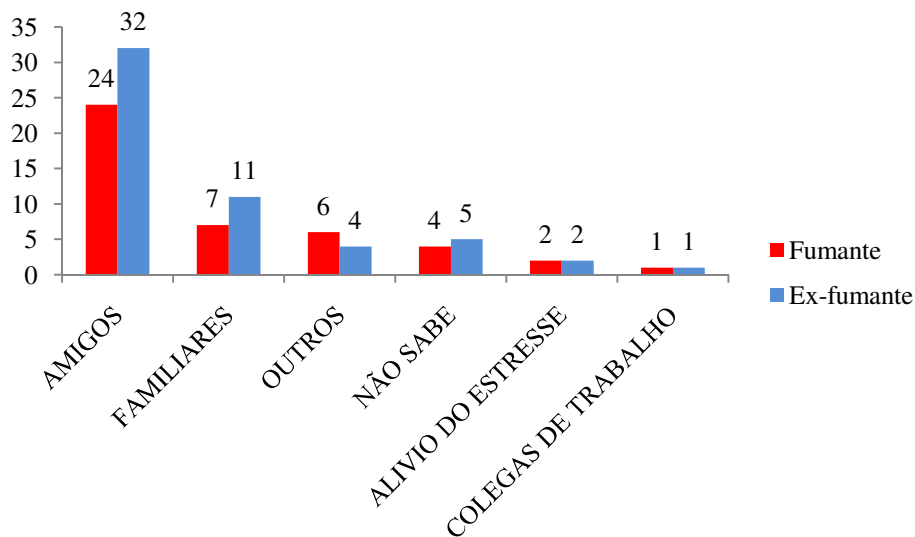
## 4.2 Dados específicos do hábito tabágico

### 4.2.1 Iniciação:

Os resultados encontrados nos grupos tabagistas e ex-tabagistas, quanto à iniciação do hábito tabágico, mostram que não houve diferença significativa na idade de iniciação, cuja média e desvio padrão foi de  $17 \pm 4,0$  anos nos ex-tabagistas e de  $18,4 \pm 6,9$  nos tabagistas. Boa parte dos participantes (52%) selecionou “influência de amigos” como o principal motivo



pelo qual começaram a fumar, seguido por “influência de familiares” (16%) como mostra a figura 1, sem diferença estatística nos grupos de tabagistas e ex-tabagistas.



**Figura 1:** Principais influências no início do hábito tabágico, em fumantes e ex-fumantes

#### 4.2.2 Adição:

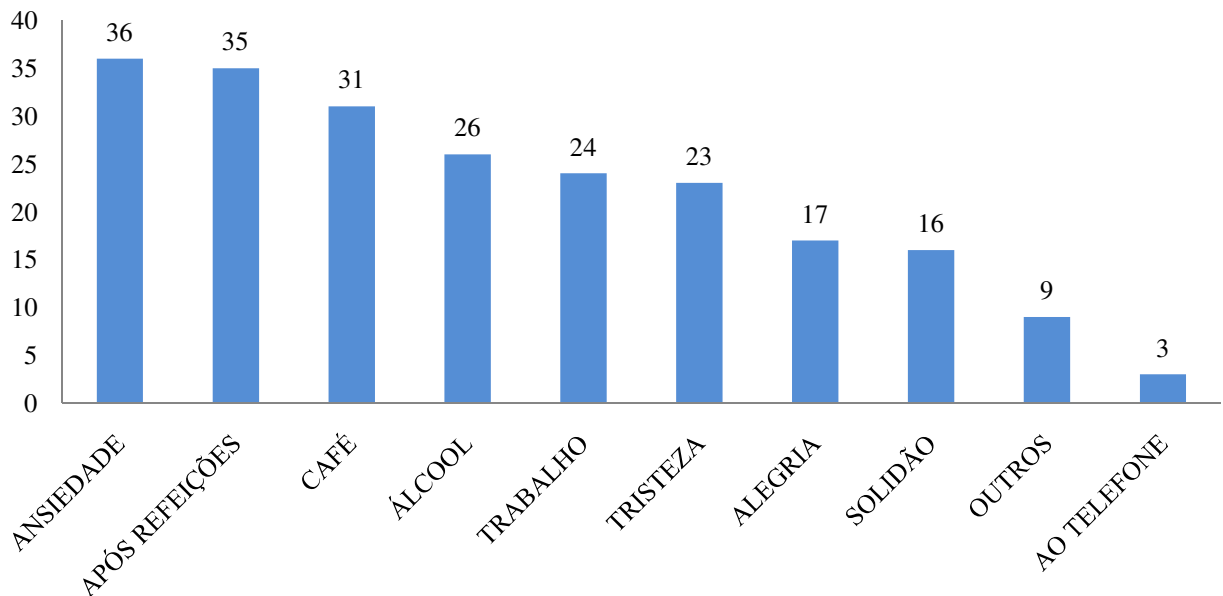
Observou-se que a mediana do tempo de exposição ao tabaco foi menor em ex-tabagistas (17 anos) do que em tabagistas, mas esta diferença não foi significativa, como mostra a tabela 3. A quantidade diária de cigarros foi significativamente maior em ex-tabagistas, que fumavam uma mediana de 15 cigarros/dia. A carga tabágica em anos-maço foi semelhante entre os dois grupos, com mediana de 12 anos-maço entre tabagistas e 11 anos-maço entre ex-tabagistas. A maioria dos fumantes (63,6%) foi classificada nos grupos de dependência muito baixo ou baixo grau de dependência pelo teste de Fagerström. (Tabela 3)

**Tabela 3 –** Características da adição ao cigarro em tabagistas e ex-tabagistas

	Tabagistas (n = 44)	Ex-tabagistas (n = 55)	Valor de p
<b>Tempo de exposição ao fumo(anos)</b>			0,089
Mediana (IQR 25 – 75)	26,5 (12,5 – 32,5)	17 (13-24)	
<b>Cigarros/dia</b>			0,032
Mediana (IQR 25-75)	10 (5 – 20)	15 (6 -20)	
<b>Carga tabágica (anos-maço)</b>			0,729
Mediana (IQR 25-75)	12 (4-24)	11 (6-22)	
<b>Dependência*</b>			
Muito baixa	21 (47,7)	-	
Baixa	7 (15,9)	--	
Média	11 (25,0)	-	
Elevada	5 (11,3)	-	

Resultados expressos em números absoluto (percentual)”;;

No cotidiano, o fator desencadeante (gatilho) do ato de fumar mais escolhido pelos tabagistas foi “Ansiedade”, selecionado por 36 tabagistas, seguida de “Após refeições” e consumo de café e álcool, detalhado na figura 2.



**Figura2:** Principais gatilhos para fumar no cotidiano

#### 4.2.3 Cessação:

A respeito da intenção de cessação, 77,3% dos tabagistas afirmaram que gostariam de parar de fumar. Entre os ex-fumantes, 78,2% tentaram de uma a três vezes até de fato cessarem o hábito tabágico, enquanto que entre tabagistas essa porcentagem foi de 59,1%. A mediana de tempo sem fumar dos ex-tabagistas foi de 10 anos.

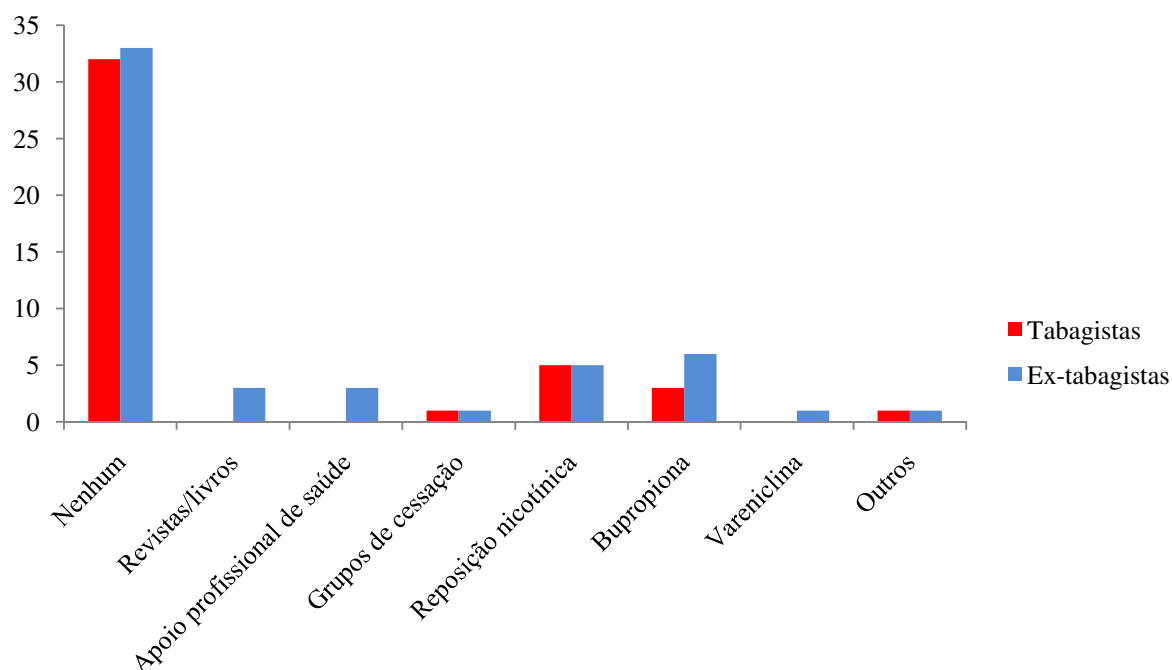
Em relação ao estado motivacional de Prochaska e Di Clemente, a maioria (65,9%) dos tabagistas encontra-se no estado de contemplação. (Tabela 4)

**Tabela 4** – Características relacionadas à cessação

	Tabagistas (n = 44)	Ex-tabagistas (n = 55)
<b>Intenção de cessação</b>		
Não	10 (22,7)	-
Sim	34 (77,3)	
<b>Tentativas prévias</b>		
Nenhuma	6 (13,6)	
1-3	26 (59,1)	43 (78,2)
Mais que 3	9 (20,5)	10 (18,2)
Sem resposta	3 (6,8)	2 (3,6)
<b>Há quanto parou(anos)</b>		
Mediana (IQR 25 – 75)		10,0 (4 - 20)
<b>Motivação</b>		
Pré-contemplação	11 (25,0)	-
Contemplação	29 (65,9)	-
Preparação	1 (2,3)	-
Ação	3 (6,8)	-
Manutenção	-	55 (100)

Resultados expressos em números absolutos (percentual)\*; \*de acordo com o escore de Fagerström.

Poucos participantes haviam usado algum tipo de auxílio para cessação e a maioria dos participantes tentou parar de fumar por conta própria, conforme figura 3.

**Figura 3:** Principais recursos utilizados para deixar de fumar

A respeito de motivos para a cessação do hábito tabágico, como mostra a tabela 5, a preocupação com saúde atual e saúde futura foram os motivos mais importantes, sem diferença significativa, no entanto, entre os grupos estudados. Os motivos “pressão dos

filhos” e “restrição de fumar em ambientes fechados” foram significativamente mais importantes no grupo de tabagismo atual.

**Tabela 5** – Razões para deixar de fumar, entre tabagistas e ex-tabagistas

	Tabagistas (n=41) †	Ex-tabagistas (n=49) ‡	Valor de p
<b>Saúde atual</b>			0,990
Não	4 (9,7)	5 (10,2)	
Sim	37 (90,2)	43 (89,8)	
<b>Ser dependente</b>			0,389
Não	10 (24,4)	16 (32,6)	
Sim	31 (75,6)	33 (67,4)	
<b>Pressão dos filhos</b>			0,012
Não	15 (36,6)	31 (63,3)	
Sim	26 (63,4)	18 (36,7)	
<b>É Anti-social</b>			0,108
Não	14 (34,2)	25 (51,0)	
Sim	27 (65,8)	24 (49,0)	
<b>Gestação</b>			0,423
Não	15 (37,5)	15 (30,6)	
Sim	14 (35,0)	14 (28,6)	
NA*	11(27,5)	20 (40,8)	
<b>Família</b>			0,995
Não	9 (22,5)	11 (22,5)	
Sim	31 (77,5)	38 (77,5)	
<b>Dinheiro</b>			0,995
Não	18 (45,0)	32 (65,3)	
Sim	22 (55,0)	17 (34,7)	
<b>Saúde Futura</b>			0,994
Não	5 (12,2)	6 (12,2)	
Sim	36 (87,8)	43 (87,8)	
<b>Mau exemplo para filhos</b>			0,412
Não	11( 27,5)	15 (30,6)	
Sim	22 (55,0)	30 (61,2)	
NA*	7 (17,5)	4 (8,2)	
<b>Filhos pedem</b>			0,195
Não	13 (32,5)	25 (51,0)	
Sim	20 (50,0)	19 (38,8)	
NA*	7 (17,5)	5 (10,2)	
<b>Restrição de fumar</b>			0,003
Não	21(51,2)	39 (81,2)	
Sim	20(48,8)	9(18,8)	

Valores expressos em números absolutos (percentual); \*NA: Não se aplica: mulheres que não engravidaram ou homens sem filhos;† Quatro tabagistas não responderam este grupo de questões; ‡Seis ex-tabagistas não responderam a este grupo de questões.

Nas dificuldades para efetivamente cessar o tabagismo, os dois grupos comportaram-se de maneira semelhante, de modo que não houve diferença significativa entre eles, como mostra a tabela 6. A convivência com fumantes e os sintomas de abstinência foram dificuldades mais importantes do que o medo de engordar no processo de cessação, tanto no tabagismo atual como pregresso, porém mais de 50% dos participantes negaram que qualquer um deles fosse um fator dificultador. (tabela 6)

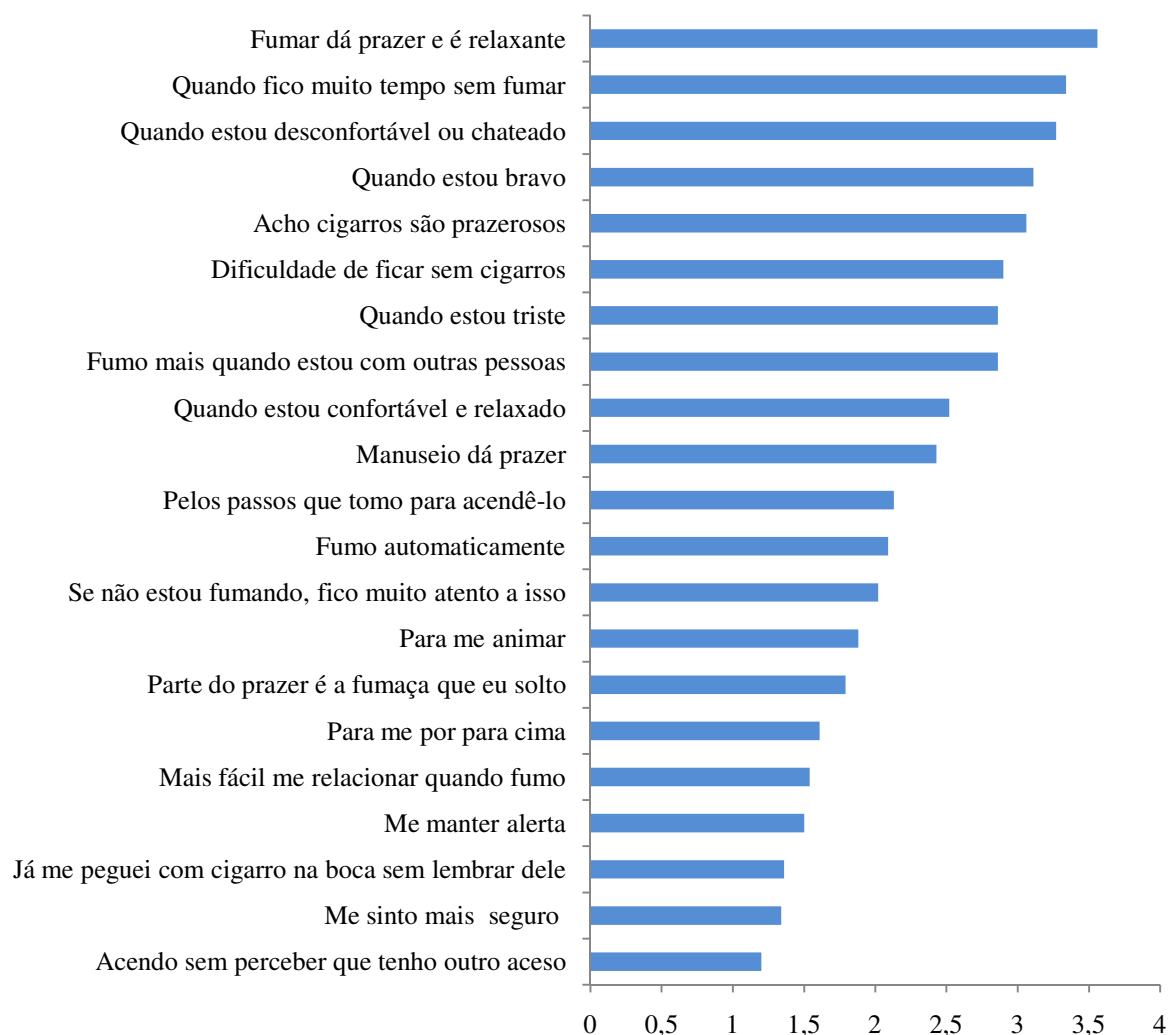
**Tabela 6 – Dificuldades na cessação, entre tabagistas e ex-tabagistas**

	Tabagistas (n=43)	Ex-tabagistas (n=41)	Valor de p
<b>Medo de engordar</b>			0,235
Não	31 (72,1)	34 (82,9)	
Sim	12 (27,9)	7 (17,1)	
<b>Sintomas de abstinência</b>			0,621
Não	25 (58,1)	26 (63,4)	
Sim	18 (41,9)	15 (36,6)	
<b>Convivência com fumantes</b>			0,971
Não	25 (58,1)	24 (58,5)	
Sim	18 (41,9)	17 (41,5)	

Valores expressos em números absolutos (percentual).

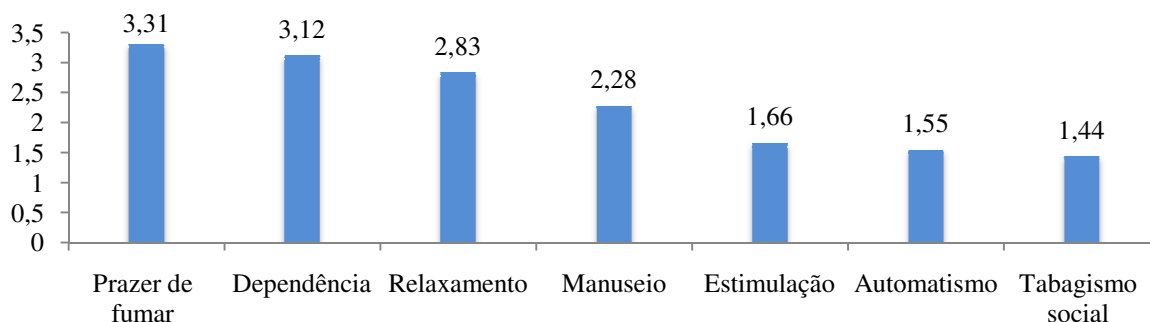
#### 4.2.4 Escores da Escala de Razões para Fumar Modificada (ERPFM)

A análise dos dados quanto a ERPFM, por questão, apresentada na figura 4, mostra que as duas questões com maior escore isolado foram as que tratam respectivamente de “Fumar dá prazer e é relaxante” e “Quando fico muito tempo sem fumar”.



**Figura 4:** Média dos escores na ERPFM, por questão, em ordem decrescente

Ao separar as questões da escala por domínios, os mais importantes nesta amostra foram o “Domínio prazer de fumar”, seguido pelo domínio “Dependência”, e em terceira posição o domínio “relaxamento”. (figura 5)

**Figura 5:** Média dos escores da ERPFM, por domínio, em ordem decrescente

#### 4.3.5 Escores por Domínios da ERPFM em Função do Grau de Dependência

Observou-se, também, que entre os tabagistas com maior grau de dependência, os domínios da ERPFM com maiores escores médios foram, respectivamente, “Dependência” e “Prazer de fumar”. Nos fumantes com muito baixo grau de dependência, o domínio com a maior média de escore foi o “Relaxamento”, seguido pelo domínio “Prazer de fumar”, conforme mostra a tabela 7.

**Tabela 7** - Associação entre grau de dependência e média por domínio na ERPFM

	Muito baixo (n = 21)	Baixo (n = 7)	Médio (n = 11)	Alto (n=5)	p
<b>Dependência</b>					<0,001
Média ± desvio Padrão	2,14± 1,01	3,71± 0,85	4,18 ± 0,87	4,10 ± 1,24	
<b>Estimulação sensorial</b>					0,178
Média ± desvio Padrão	1,31± 0,60	2,38± 1,56	1,69 ± 0,92	2,06 ± 1,14	
<b>Prazer de fumar</b>					0,031
Média ± desvio Padrão	2,66 ± 1,38	3,92± 0,97	3,86 ± 1,07	4,0 ± 0,93	
<b>Manuseio</b>					0,086
Média ± desvio Padrão	1,71 ± 1,15	2,64± 1,21	3,04± 1,70	2,5± 1,65	
<b>Tabagismo social</b>					0,097
Média ± desvio Padrão	1,21± 0,48	1,92± 0,88	1,40 ± 0,66	1,8 ± 1,3	
<b>Relaxamento</b>					0,505
Média ± desvio Padrão	2,92± 1,16	3,76± 1,28	2,87± 1,41	3,26 ± 1,09	
<b>Automatismo</b>					0,004
Média ± desvio Padrão	1,87± 0,54	2,57± 0,97	1,81 ± 0,47	2,6± 1,03	

Média dos escores por domínios na Escala Razões para Fumar Modificada, por grau de dependência pelo teste de Fagerström.

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo investigou os principais fatores ligados à iniciação, à adição nicotínica e à cessação. Os resultados evidenciaram que, nesta população, com uma prevalência de 15,1% de tabagistas, o início do hábito ocorreu no final da adolescência e por influência de amigos. Quanto à adição, os tabagistas tinham uma carga tabágica moderada, com menos de uma carteira de cigarros fumados ao dia e a maioria dos tabagistas apresentavam grau de dependência baixo ou muito baixo. As razões mais expressivas obtidas pela ERPFM, nesta população, foram: “Fumar dá prazer e é relaxante” e “Quando fico muito tempo sem fumar”. Vale destacar que os domínios mais importantes, entre os tabagistas, foram os domínios “Prazer de fumar” e “Dependência”. Os resultados encontrados demonstraram que a maioria dos tabagistas gostaria de abandonar o hábito tabágico e encontrava-se em fase de contemplação. As razões para deixar de fumar que se destacaram foram “Preocupação com saúde atual” e “Preocupação com saúde futura”.

Este trabalho é original por avaliar não só a prevalência e aspectos demográficos do tabagismo entre os trabalhadores do serviço de saúde, mas também por investigar o cerne da epidemia do tabaco, procurando identificar as questões relacionadas ao início e manutenção do hábito tabágico e as características associadas à cessação e às suas dificuldades. Há poucos relatos de trabalhos semelhantes na literatura médica.<sup>17,18,23</sup> A Escala de Razões para Fumar Modificada, já consagrada em outros países há alguns anos, é um instrumento útil que objetiva investigar os fatores que influenciam a manutenção do tabagismo, recentemente traduzida e validada para ser aplicada no Brasil. Poucos estudos já a utilizaram em nosso meio, o que confere a atual pesquisa originalidade e importância. Outra característica que reforça o estudo é o fato de o questionário ter sido aplicado por pesquisadores treinados, o que contribuiu para que fossem respondidos de forma correta e completa, além de proporcionar que mais pessoas participassem, evitando, assim, que os tabagistas se esquivassem do estudo.

Apesar da pouca recusa de participar, por parte dos funcionários selecionados, ocorreram perdas grandes em relação à amostra sorteada. A dificuldade de encontrar as pessoas em seus postos de trabalho, talvez devido à escala de turnos, demandou várias visitas ao mesmo setor, muitas vezes sem sucesso. A ausência de horário fixo na instituição, por parte de alguns profissionais, principalmente os médicos, também ocasionou muitas perdas, além da dificuldade de abordar os profissionais em seu horário de trabalho. A desatualização da lista de trabalhadores fornecida pelo departamento de Recursos Humanos, na qual

constavam muitos funcionários já aposentados, demitidos, transferidos etc, foi outro fator dificultador. Entre os trabalhadores das empresas terceirizadas, que também participaram deste estudo, houve grandes perdas por conta da alta rotatividade de funcionários, entre vários locais de trabalho, para os quais suas empresas prestavam serviço. Devido à recém validação, e conseqüente pouca utilização da Escala de Razões para Fumar Modificada, cabe destacar a dificuldade de comparar os presentes com outros estudos sobre tabagismo em nosso meio.

No presente estudo, foi encontrada uma prevalência geral de 15,1% de tabagismo, distribuído de seguinte forma: em mulheres foi de 17,5% e em homens, de 10%. O PETab,<sup>24</sup> braço brasileiro da *Global Adult Tobacco Survey (GATS)* da OMS, consiste em uma pesquisa domiciliar realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), com cerca de 39 mil participantes. Avaliou a epidemia do tabagismo em pessoas com mais de 15 anos, aleatoriamente escolhidas, em todas as regiões do Brasil e relatou uma prevalência de tabagismo geral de 17,2%. Entre mulheres da região sul, a prevalência foi de 15,9%, a maior feminina entre todas as regiões do Brasil. Esta taxa foi inferior à encontrada no presente estudo, fato que pode indicar que a epidemia de tabagismo entre mulheres é importante, inclusive dentro do grupo de profissionais da saúde. A prevalência masculina no sul do Brasil, pelo PETab foi de 22%, superior a aqui observada, talvez em decorrência de uma baixa proporção de homens entrevistados, e que, possivelmente não refletiu a prevalência real da população estudada.

A prevalência de tabagismo entre indivíduos analfabetos/com ensino fundamental incompleto encontrada nesta pesquisa é superior à encontrada entre participantes com ensino superior ou pós-graduação. Resultado semelhante foi encontrado no PETab 2008, que mostra uma prevalência de tabagismo de 14% entre indivíduos com mais do que 10 anos de estudos completos, na região sul, contra cerca de 48% nos indivíduos com menos do que sete anos de estudo, na mesma região, mostrando a tendência de o maior grau de escolaridade ser um fator protetor contra o tabagismo. Um estudo sérvio recentemente realizado,<sup>23</sup> encontrou apenas 4% de prevalência de tabagismo em participantes com algum curso de pós-graduação e a maioria deles havia estudado até o ensino médio, resultado condizente com outros dados da literatura e também com este trabalho.<sup>23-25</sup>

Um recente estudo realizado no Rio Grande do Sul, com desenho semelhante ao do atual trabalho, que envolveu funcionários de um hospital universitário, contou com 1475 participantes. Observou-se uma prevalência de tabagismo de 13,6%, discretamente inferior à observada na pesquisa realizada entre os funcionários do HU-UFSC. A taxa de tabagismo progresso entre os participantes foi de 20%,<sup>25</sup> semelhante à deste trabalho, que encontrou uma



prevalência de 18,8% de ex-tabagistas. Outro dado interessante observado foi a prevalência de 9,4% de tabagismo entre os participantes com ensino superior ou pós-graduação, muito semelhante à observada no atual trabalho, que foi de 7,5% (10/132) neste mesmo grupo.

A respeito da iniciação ao hábito tabágico, vários estudos mostram que quanto mais cedo o início do uso de tabaco, maior a gravidade da dependência e os problemas a ela associados. A maioria dos participantes do estudo sérvio iniciou o hábito tabágico no final da adolescência (por volta dos 17 anos), o que vem ao encontro com o observado no presente estudo e em outros que investigam tabagismo em profissionais da saúde.<sup>17,26</sup>

No atual trabalho, o fator mais importante para iniciar o hábito tabágico foi a influência de amigos. Um trabalho realizado na USP<sup>27</sup>, com pessoas que procuravam o Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo (PrevFumo), investigou, entre outras variáveis, as razões para iniciar o fumo. As principais razões encontradas foram: “Para imitar amigos” e “Por curiosidade”.

A importância dos amigos na iniciação do tabagismo e o pico de início de uso de cigarros no final da adolescência induzem a uma reflexão a respeito da necessidade de prevenção de tabagismo em adolescentes. Os locais onde esta iniciação possa ser facilitada, como escolas, clubes etc poderiam auxiliar a disseminação de informações a respeito dos malefícios do tabaco.

O estudo citado anteriormente, realizado com funcionários de um hospital-escola na Sérvia,<sup>23</sup> em Belgrado, investigou características de tabagismo e razões para fumar, com um questionário próprio, diferente da escala utilizada neste estudo, com a participação de 96 fumantes. Ao comparar os resultados deste trabalho com o atual, percebe-se que a média de idade foi semelhante: predominou na quinta década de vida e 93% eram mulheres. A média de tempo de fumo foi de 19 anos, discretamente maior que a média de tempo de exposição ao tabaco nos tabagistas do presente trabalho.

No presente levantamento, 63,6% dos tabagistas apresentavam muito baixo ou baixo grau de dependência nicotínica, enquanto que, no estudo do Rio Grande do Sul, supracitado, 82,9% dos participantes em muito baixo ou baixo grau de dependência nicotínica. Esta baixa dependência pode estar relacionada a uma maior conscientização quanto aos malefícios do tabaco nestas populações.

No estudo sérvio, a principal razão para fumar apontada pelos tabagistas foi por automatismo, seguido por ansiedade e porque é prazeroso. Porém não foi utilizada a escala de razões para fumar, de modo que a comparação de respostas não pode ser feita diretamente. No

presente estudo, as razões mais importantes foram “Fumar dá prazer e é relaxante”, “Quando fico muito tempo sem fumar”.

O gatilho do ato de fumar com mais destaque, no trabalho que se apresenta, foi a ansiedade, citada também no trabalho sérvio como razão para fumar. No entanto, este aspecto ainda precisa de maior investigação para definir seu real papel no tabagismo.

Percebe-se, pelos resultados encontrados na literatura, que a busca da sensação de bem estar/alívio da tensão é uma razão importante para fumar, talvez relacionada ao alto grau de estresse vivenciado pelos trabalhadores da saúde. Curiosamente, um estudo que relaciona tabagismo com estresse ocupacional concluiu que pacientes com alta carga de trabalho têm menor chance de terem alta dependência à nicotínica,<sup>28</sup> o que condiz com o perfil de dependência encontrada no atual estudo.

A respeito da motivação para deixar de fumar, observou-se que aqui 65,9% dos tabagistas se encontram em contemplação e 6,8% em ação; no estudo do Rio Grande do Sul, 26,7% dos funcionários tabagistas estavam em contemplação e 35,9% em ação, talvez pelo menor grau de dependência encontrado lá. De qualquer forma, ambos os estudos mostram indivíduos com alto interesse em deixar de fumar e baixo grau de adição, de forma que estas são circunstâncias com boas chance de sucesso para trabalhar a cessação entre os funcionários que, muitas vezes durante as entrevistas, solicitavam ajuda para conseguirem finalmente cessar. Outra razão que se destacou para investir na cessação no grupo de tabagistas do HU-UFSC foi a média da carga tabágica entre fumantes, de aproximadamente 12 maços/ano. Esta é uma carga tabágica pouco associada a doenças graves relacionadas ao tabaco, como DPOC, cuja incidência aumenta a partir de 20maços/ano.

Quanto às razões para deixar de fumar, a mais importante foi preocupação com a saúde, conhecimento sobre os efeitos nocivos do tabaco e influência da família, no trabalho gaúcho.<sup>25</sup> No trabalho realizado na USP,<sup>27</sup> as de mais destaque, apresentadas em uma questão de múltiplas escolhas, foram o desejo de promover saúde e prevenir doenças, em primeiro lugar, seguido pelo desejo de dar bom exemplo às próximas gerações. Aqui, os fatores mais importantes foram a preocupação com a saúde, atual e futura, por não gostar de ser dependente e por motivos relacionados à família (pressão dos filhos, mau exemplo, preocupação com família). É difícil comparar os dados a respeito das razões que levam os indivíduos a cessarem o tabagismo, pois além de as respostas propostas diferirem entre os estudos, as estruturas dos questionários também eram diferentes. No trabalho do Rio Grande do Sul, o participante deveria escolher um motivo para deixar de fumar, enquanto que no presente estudo e no estudo paulista, as várias razões propostas não eram excludentes. De

qualquer forma, a preocupação com a saúde é motivo dos mais importantes para cessar, o que reforça seu uso como argumento nas estratégias antitabágicas.

Ao relacionarmos os domínios da ERPFM com grau de dependência, percebe-se que maiores graus de dependência se relacionaram positivamente com os domínios “Dependência” e “Prazer de fumar”. Ivan Berlin *et al.*<sup>14</sup> realizou um estudo em Paris, com 330 tabagistas, que se inscreveram no programa de cessação de tabagismo de determinada instituição. Neste estudo, foi aplicado um questionário sobre tabagismo, no qual constava a ERPFM, com o objetivo de avaliar a capacidade da escala prever a chance de abstinência e sua relação com o grau de dependência pelo Teste de Fagerström. Este estudo conclui que o domínio que mais se relaciona com o grau de dependência nicotínica é o automatismo, e também a busca de reforço positivo ou negativo, que seria, segundo ele, a base da adição a qualquer droga. O estudo de Berlin também aponta que o domínio “Automatismo”, não muito expressivo no presente estudo, está relacionado com mais dificuldade de cessação, e que mulheres, de modo geral, fumam mais em busca de relaxamento ou por tabagismo social, de modo que se beneficiariam menos de tratamentos medicamentosos para cessação.

O uso da Escala de Razões para Fumar Modificada associada ao grau de dependência tabágica é algo novo, pouco realizado, e que necessita de mais estudos para comparação. A divisão por sexo, para acessar diferenças no tabagismo entre homens e mulheres também parece promissora para a elaboração de estratégias antitabágicas direcionadas a estes grupos, podendo beneficiar milhares de pessoas que tentam parar ao redor do mundo.

Abre-se a oportunidade para que novos trabalhos investiguem mais a fundo a razão de fumar de seu público, visto que este conhecimento contribui muito para a abordagem do tabagismo, que precisa ser visto como doença e ser tratado como tal. Espera-se que o conhecimento adquirido com este trabalho possa ser útil para os funcionários do HU-UFSC, e que num futuro próximo se crie um programa de cessação de tabagismo voltado para este grupo de trabalhadores da saúde, que se encontra em um momento tão favorável para cessação, com baixo grau de dependência e pouca carga tabágica, para que estas pessoas recebam auxílio para cessarem seu vício, tendo assim oportunidade de ter uma vida mais longa e saudável.

## 6 CONCLUSÕES

1. A prevalência de tabagistas entre funcionários do HU-UFSC foi discretamente menor que a da população geral e a dos poucos estudos brasileiros envolvendo este tipo de população; A prevalência entre mulheres funcionárias foi maior que a esperada para mulheres desta região;

2. A maioria dos tabagistas iniciou o fumo na adolescência e a razão principal de iniciar foi a influência de amigos.

3. A carga tabágica dos participantes foi moderada, o gatilho principal para o ato de fumar foi ansiedade, e a maioria tinha baixa ou muito baixa dependência à nicotina.

4. As principais razões para fumar, da ERPFM, foram “Fumar dá prazer e é relaxante” e “Quando fico muito tempo sem fumar”, entre os domínios, os que se destacaram foram “Prazer de Fumar”, “Dependência” e “Relaxamento”.

5. A grande maioria tentou parar de fumar previamente, sem uso de recurso oficial algum; o principal motivo para cessar o hábito tabágico é a preocupação com a saúde e mais de dois terços dos participantes gostaria de parar de fumar e se encontra no estado motivacional de contemplação;

6. As razões para deixar de fumar “pressão dos filhos” e “Restrição de fumar” foram mais importantes entre os tabagistas atuais, do que entre os pregressos;

7. Os domínios da ERPFM mais importantes em indivíduos com maior grau de dependência foram “Dependência” e “Relaxamento”;

## REFERÊNCIAS

1. Aristotle. Politics. [S.l.]: Macmillan; 1901.
2. Tylor EB. The Origins of Culture. New York: Harper and Row; 1958.
3. Gately I. La diva nicotina : the story of how tobacco seduced the world. London: Simon & Schuster; 2001.
4. Musk AW, de Klerk NH. History of tobacco and health. *Respirology*. Sep 2003;8(3):286-290.
5. Yach D, Wipfli H. A century of smoke. *Ann Trop Med Parasitol*. Jul-Sep 2006;100(5-6):465-479.
6. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. Jun 26 2004;328(7455):1519.
7. Vollset SE. Smoking and Deaths between 40 and 70 Years of Age in Women and Men. *Ann Intern Med*. 21 March 2006 2006;144 (6):381-389.
8. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009 : implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization; 2009.
9. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2008.
10. Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PP, Silva VL. Prevalence of smoking among adults residing in the Federal District of Brasilia and in the state capitals of Brazil, 2008. *J Bras Pneumol*. Feb 2010;36(1):75-83.
11. Tomkins SS. Psychological model for smoking behavior. *Am J Public Health Nations Health*. Dec 1966;56(12):Suppl 56:17-20.
12. Ikard FF, Tomkins S. The experience of affect as a determinant of smoking behavior: a series of validity studies. *J Abnorm Psychol*. Apr 1973;81(2):172-181.
13. Russell MA. The smoking habit and its classification. *Practitioner*. Jun 1974;212(1272):791-800.
14. Berlin I, Singleton EG, Pedarriosse AM, et al. The Modified Reasons for Smoking Scale: factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction*. Nov 2003;98(11):1575-1583.
15. de Souza ES, Crippa JA, Pasian SR, Martinez JA. Modified Reasons for Smoking Scale: translation to Portuguese, cross-cultural adaptation for use in Brazil and evaluation of test-retest reliability. *J Bras Pneumol*. Jul 2009;35(7):683-689.
16. World Health Organization., Centers for Disease Control (U.S.). Tobacco questions for surveys: a subset of key questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS): global tobacco surveillance system (in press). Geneva: World Health Organization.

17. Viegas CA, de Andrade AP, Silvestre Rda S. Characteristics of smoking among physicians in the Federal District of Brazil. *J Bras Pneumol*. Feb 2007;33(1):76-80.
18. Sekijima K, Seki N, Suzuki H. Smoking prevalence and attitudes toward tobacco among student and staff nurses in Niigata, Japan. *Tohoku J Exp Med*. Jul 2005;206(3):187-194.
19. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. Jun 1983;51(3):390-395.
20. Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav*. 1978;3(3-4):235-241.
21. Malta DC, Oliveira MR, Moura EC, et al. [Prevalence of risk health behavior among members of private health insurance plans: results from the 2008 national telephone survey Vigitel, Brazil.]. *Cien Saude Colet*. Mar 2011;16(3):2011-2022.
22. Souza ES, Crippa JA, Pasian SR, Martinez JA. [Factorial structure of the Brazilian version of the Modified Reasons for Smoking Scale]. *Rev Assoc Med Bras*. Sep-Oct 2009;55(5):557-562.
23. Pesut D, Milovanovic B, Bulajic M, Bozic D. Health care workers smoke as well--who, how much and why? *Pneumologia*. Jan-Mar 2010;59(1):19-22.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios: tabagismo – 2008 [Internet]. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [acesso em 2011 Jan 21]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/pnad\\_tabagismo.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/pnad_tabagismo.pdf).
25. Echer IC, Correa AP, Lucena Ade F, Ferreira SA, Knorst MM. Prevalence of smoking among employees of a university hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. Jan-Feb 2011;19(1):179-186.
26. Horta BL, Calheiros P, Pinheiro RT, Tomasi E, Costa do Amaral K. [Smoking among teenagers in an urban area in Southern Brazil]. *Rev Saude Publica*. Apr 2001;35(2):159-164.
27. Santos SR, Goncalves MS, Leitao Filho FS, Jardim JR. Profile of smokers seeking a smoking cessation program. *J Bras Pneumol*. Sep 2008;34(9):695-701.
28. Schmidt A, Neumann M, Wirtz M, et al. The influence of occupational stress factors on the nicotine dependence: a cross sectional study. *Tob Induc Dis*. 2010;8(1):6.

## ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO – TABAGISMO

(1) QUESTIONÁRIO – Nº \_\_\_\_\_

(2) Iniciais: \_\_\_\_\_ (3) Setor do HU: ( ) \_\_\_\_\_ (4) Ocupação: ( ) \_\_\_\_\_

#### DADOS DEMOGRÁFICOS/HÁBITOS DE VIDA

5) Idade (em anos completos).	5)
6) Sexo: 1-Feminino, 2-Masculino.	6)
7) Estado civil: 1-Solteiro, 2-Casado/co-habitando, 3-Viúvo, 4-Separado/divorciado, 5-Outros.	7)
8) Como você define sua cor? 1-Branca, 2-Preta, 3-Parda, 4-Amarela, 5-Indígena.	8)
9) Peso: _____ kg Altura: _____ m <b>Valor do IMC (em Kg/m²):</b> 1-Abaixo do peso (IMC<18,5), 2-Peso normal (18,5-24,9), 3-Pré-obesidade (25,0-29,9), 4-Obesidade grau I (30,0-34,9), 5-Obesidade grau II (35-39,9), 6-Obesidade grau III (=ou>40,0).	9)
10) Quantos copos de água você ingere por dia (copo de requeijão=250ml)?	10)
11) Como é o seu sono? 1-Tranquilo, 2-Agitado, 3-Insônia.	11)
12) Quantas vezes por semana você pratica atividades físicas (por pelo menos 10min seguidos)?	12)
13) Você costuma ingerir bebidas alcoólicas? 1-Não, 2-Sim.	13)
14) Quantas unidades de álcool por semana? Obs.: 1 lata de cerveja (350ml)=1,5U. 1 dose de destilados (50ml)=2,5U. 1 copo de vinho=1U.	14)

#### SOCIOECONÔMICO

15) Qual seu grau de escolaridade? 1-Analfabeto/Ensino fundamental incompleto. 2-Ensino fundamental completo, 3-Ensino médio completo, 4-Ensino superior incompleto, 5-Ensino superior completo, 6-Mestrado/doutorado.	15)
16) Qual a renda mensal total da sua família (em número de salários mínimos)?	16)
17) Você está satisfeito com o seu trabalho? 1-Muito insatisfeito, 2-Insatisfeito, 3-Pouco satisfeito, 4-Satisfeito, 5-Muito satisfeito.	17)
18) Você se sente sobrecarregado com sua jornada de trabalho? (Incluindo trabalho doméstico) 1-Não, 2-Sim.	18)

#### ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD

19) TOTAL: _____ Ansiedade: 1-Não (0-8), 2-Sim (9-21).	19.A)
20) TOTAL: _____ Depressão: 1-Não (0-8), 2-Sim (9-21).	20.D)

#### TABAGISMO

21) Você fuma? 1-Não fumante, 2-Fumante, 3-Ex-fumante. Obs.: Fumante: consumidor de, pelo menos, um cigarro diário por período não inferior a um mês ou aquele que cessou o hábito de fumar há menos de um mês. Ex-fumante: abandonou o cigarro por um espaço de tempo superior a um mês.	21)
22) Você gostaria que existisse um fumódromo no seu local de trabalho? 1-Não, 2-Sim.	22)
23) Alguém em sua casa/trabalho fuma na sua presença ou no mesmo local que você frequenta? 1-Não 2-Sim.	23)
24) Com qual idade iniciou?	24)
25) Há quanto tempo parou (em anos)?	25)
26) Por quantos anos fumou?	26)
27) Há quanto tempo fuma (anos)?	27)
28) Quantos cigarros por dia?	28)
29) Carga tabágica (calcular em anos-maço).	29)
30) Faz uso de algum outro produto fumígeno? 1-Não, 2-Cigamilhas, 3-Charutos, 4-Cachimbos, 5-Cigarro de palha, 6-Narguile, 7-Outras. Quais?	30)
31) Qual a frequência (dias por semana)?	31)

32) Porque iniciou o fumo? 1-Influência de familiares. 2-Influência de amigos. 3-Influência de colegas de trabalho. 4-Tentativa de aliviar o estresse do cotidiano. 5-Não sabe informar. 6-Outros. Qual motivo?	32) •
33) Já tentou parar de fumar? 1-Não. 2-Sim.	33)
34) Quantas vezes tentou parar?	34)
35) <b>Mulheres que já engravidaram:</b> Você parou de fumar durante a gestação? 1-Não. 2-Sim.	35)
36) Você utilizou algum recurso para deixar/tentar deixar de fumar? 1-Nenhum. 2-Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais. 3-Apoio de profissional da saúde. 4-Grupos de apoio. 5-Medicamento. Qual? 5-Outros. Qual?	36) •
37) Qual dos recursos acima você acredita ter realmente colaborado para a cessação?	37)
38) Em quais das situações o cigarro está associado a seu dia-a-dia?	38) (Segue abaixo)
A) Ao falar no telefone. 1-Não. 2-Sim.	A)
B) Com café. 1-Não. 2-Sim.	B)
C) Após refeições. 1-Não. 2-Sim.	C)
D) Com bebidas alcoólicas. 1-Não. 2-Sim.	D)
E) Tristeza. 1-Não. 2-Sim.	E)
F) Alegria. 1-Não. 2-Sim.	F)
G) No trabalho. 1-Não. 2-Sim.	G)
H) Ansiedade. 1-Não. 2-Sim.	H)
I) Solidão. 1-Não. 2-Sim.	I)
J) Outros. 1-Não. 2-Sim. Quais?	J)
39) Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para você fumar? [1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Frequentemente [5] Sempre A. Eu fumo cigarros para me manter alerta. B. Manusear um cigarro é parte do prazer de fumá-lo. C. Fumar dá prazer e é relaxante. D. Eu acendo um cigarro quando estou bravo com alguma coisa. E. Quando meus cigarros acabam, acho isso quase insuportável até eu conseguir outro. F. Eu fumo cigarros automaticamente sem mesmo me dar conta disso. G. É mais fácil conversar e me relacionar com outras pessoas quando estou fumando. H. Eu fumo para me estimular, para me animar. I. Parte do prazer de fumar um cigarro vem dos passos que eu tomo para acendê-lo. J. Eu acho os cigarros prazerosos. K. Quando eu me sinto desconfortável ou chateado com alguma coisa, eu acendo um cigarro. L. Quando eu não estou fumando um cigarro, eu fico muito atento a isso. M. Eu acendo um cigarro sem perceber que ainda tenho um outro aceso no cinzeiro. N. Enquanto estou fumando me sinto mais seguro com outras pessoas. O. Eu fumo cigarros para me "por para cima". P. Quando eu fumo um cigarro, parte do prazer é ver a fumaça que eu solto. Q. Eu desejo um cigarro especialmente quando estou confortável e relaxado. R. Eu fumo cigarros quando me sinto triste ou quando quero esquecer minhas obrigações ou preocupações. S. Eu sinto uma vontade enorme de pegar um cigarro se fico um tempo sem fumar. T. Eu já me peguei com um cigarro na boca sem lembrar de tê-lo colocado lá. U. Eu fumo muito mais quando estou com outras pessoas. V. <b>Score total.</b>	39. A) 39. B) 39. C) 39. D) 39. E) 39. F) 39. G) 39. H) 39. I) 39. J) 39. K) 39. L) 39. M) 39. N) 39. O) 39. P) 39. Q) 39. R) 39. S) 39. T) 39. U) 39. V)
40) Quantos cigarros você fuma no horário de trabalho?	40)
41) Você gostaria de parar de fumar? 1-Não. 2-Sim.	41)
42) <b>1-Pré-contemplação. 2-Contemplação. 3-Preparação. 4-Ação. 5-Manutenção.</b>	42)
43) Por que você deixou/quer deixar de fumar?	43) (Segue abaixo)
A) Porque está preocupado com sua saúde. 1-Não. 2-Sim.	A)
B) Porque não gosta de ser dependente. 1-Não. 2-Sim.	B)
C) Outras pessoas estão lhe pressionando. 1-Não. 2-Sim.	C)
D) Fumar é anti-social. 1-Não. 2-Sim.	D)
E) Gestação. 1-Não. 2-Sim.	E)
F) Pelo bem-estar da sua família. 1-Não. 2-Sim.	F)
G) Porque gasta muito dinheiro com cigarro. 1-Não. 2-Sim.	G)



<b>H)</b> Está preocupado com sua saúde no futuro. 1-Não. 2-Sim.	<b>H)</b>
<b>I)</b> Fumar é um mau exemplo para os filhos. 1-Não. 2-Sim.	<b>I)</b>
<b>J)</b> Porque seus filhos pedem. 1-Não. 2-Sim.	<b>J)</b>
<b>K)</b> Devido às restrições de fumar em ambientes fechados. 1-Não. 2-Sim.	<b>K)</b>
<b>44)</b> O que você considera como um fator que dificulta a cessação?	<b>44)</b> (Segue abaixo)
A) Medo de engordar. 1-Não. 2-Sim.	A)
B) Medo dos sintomas de abstinência. 1-Não. 2-Sim.	B)
C) Presença de pessoas que fumam em sua casa/ambiente de trabalho/grupo de amigos. 1-Não. 2-Sim.	C)
D) Outros. 1-Não. 2-Sim. Quais?	D)

#### TESTE DE FAGERSTRÖM

<b>68)</b> Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? 0- Após 60 minutos. 1- Entre 31 e 60 minutos. 2- Entre 6 e 30 minutos. 3- Dentro de 5 minutos.	<b>68)</b>
<b>69)</b> Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas e etc? 0- Não. 1- Sim.	<b>69)</b>
<b>70)</b> Qual cigarro do dia que traz mais satisfação? 1- O primeiro da manhã. 0- Outros.	<b>70)</b>
<b>71)</b> Quantos cigarros você fuma por dia? 0- Menos de 10. 1- De 11 a 20. 2- De 21 a 30. 3- Mais de 31.	<b>71)</b>
<b>72)</b> Você fuma mais frequentemente pela manhã? 0- Não. 1- Sim.	<b>72)</b>
<b>73)</b> Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? 0- Não. 1- Sim.	<b>73)</b>
<b>74) Grau de dependência:</b> 1- <b>0-2</b> = muito baixo. 2- <b>3-4</b> = baixo. 3- <b>5</b> = médio. 4- <b>6-7</b> = elevado. 5- <b>8-10</b> = muito elevado.	<b>74)</b>

Entrevistador:

Data:

## APÊNDICE A – TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Manuela Alexandre, Nicole Coelho Della Bruna, Rafaela Daboit Castagna, Pedro Mendonça de Oliveira, acadêmicos da Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “TABAGISMO ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL”, sob orientação da Profª. Drª. Leila Steidle e da Profª. Drª. Mariangela Pimentel Pincelli. Esse estudo que é parte da linha de pesquisa da Liga Acadêmica do Aparelho Respiratório e será parte de Trabalho de Conclusão do referido curso de graduação tem por objetivo descobrir a quantidade e as características de fumantes e ex-fumantes funcionários do HU-UFSC.

Para tanto, solicitamos sua participação nesta pesquisa que será desenvolvida no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Os dados serão coletados através de entrevista com questionário estruturado. Além disso, solicitamos também autorização para realização de radiografias do tórax e avaliação de função pulmonar através de espirometria caso seja fumante ou ex-fumante.

Aqueles que consentirem em participar desta pesquisa, é garantido, a qualquer momento, o esclarecimento sobre a pesquisa e a liberdade de desistir sem qualquer prejuízo, bem como o sigilo de seus dados pessoais

Em caso de dúvida, entrar em contato com Profª. Drª. Leila Steidle pelo telefone (48) 99697962.

#### Consentimento Pós-Informação

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa acima e concordo em participar dela voluntariamente.  
Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

Assinatura: \_\_\_\_\_ ou impressão digital \_\_\_\_\_


Nota: Esse documento será assinado em duas vias, ficando uma de posse das pesquisadoras e outra do (a) participante da pesquisa.

Nome por extenso de quem aplicou o TCLE

Data:

Assinatura: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B- CERTIFICADO CEPESH



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 488

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPESH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPESH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**


**PROCESSO:** 488      **FR:** 304740

**TÍTULO:** TABAGISMO ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL

**AUTOR:** Leila John Marques Steidle, Profa. Mariângela Pincelli, Profa. Eleonora D'Ossi, Manuela Alexandre, Nicole Coelho Della Bruna, Pedro Mendonça de Oliveira, Rafaelia Dabot Castagna

FLORIANÓPOLIS, 30 de Novembro de 2009.

\_\_\_\_\_  
 Coordenador do CEPSH/UFSC



## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

## FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

15 minutos para o aluno;

05 minutos para cada membro da Banca;

05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: \_\_\_\_\_

ALUNO: \_\_\_\_\_

PROFESSOR: \_\_\_\_\_

NOTA

1. FORMA .....

2. CONTEÚDO .....

3. APRESENTAÇÃO ORAL .....

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO .....

MÉDIA: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Assinatura: \_\_\_\_\_